

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

352

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Mai 1900, à 4 heures

PAR

Émile MAINGUY

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

DYSENTERIES DE NOS PAYS

PRÉSIDENT: **M. DEBOVE**, professeur.

JUGES. { **MM. Paul BERGER**, professeur.
 { **ROGER**,
 { **FAURE**, } agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Émile MAINGUY

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

DYSENTERIES DE NOS PAYS

PRÉSIDENT: M. DEBOVE, professeur.

JUGES. { MM. Paul BERGER, professeur.
 { ROGER,
 { FAURE, } agrégés.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAZARS
MON BEAU-PÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR

G.-H. ROGER

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PORTE D'AUBERVILLIERS

L'étude de la dysenterie a suscité dans ces dernières années de très nombreux et très remarquables travaux; quelques auteurs ont envisagé la question au point de vue symptomatologique, les plus nombreux ont fait porter leurs recherches sur la bactériologie encore mal connue de la maladie. Nous avons eu l'occasion de recueillir l'été dernier à l'hôpital de la Porte d'Auber-villiers un certain nombre d'observations de dysentériques, dont les selles, examinées par M. Roger dans son laboratoire de l'hôpital, révélèrent la présence d'un bacille spécial, très caractéristique. Notre maître fit sur ce bacille des recherches très minutieuses dont il donna les résultats à la *Société de Biologie* dans la séance du 7 octobre 1899. Il a bien voulu nous confier, comme sujet de thèse, l'étude clinique de la petite épidémie, cause première de ses travaux et nous charger de faire ressortir ce qu'elle avait de caractéristique.

Nous avons pensé qu'il serait utile pour faciliter notre tâche de placer en regard de l'épidémie parisienne quelques considérations sur une épidémie beaucoup plus grave qui sévissait à la même époque aux environs de Morlaix. M. Roger fit également l'examen bactériologique de cette épidémie et il trouva dans les selles un bacille différent du sien. Nous profiterons de cette circonstance pour donner quelques détails sur la bactéριο-

logie de la dysenterie et pour exposer sommairement les conclusions qui semblent déjà résulter des nombreuses discussions contemporaines. Nous n'avons pas la prétention d'éclairer tous les points obscurs de la question, notre but est plus simple et nous serions contentsi notre modeste travail pouvait être de quelque utilité aux savants qui préparent des travaux sur la question.

Mais, avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous sommes heureux de nous conformer à une vieille coutume et de remercier ici tous les maîtres qui ont bien voulu nous diriger pendant nos huit années d'études médicales :

MM. les P^{rs} TILLAUX et DIEULAFOY dont l'aimable accueil nous a permis l'initiation aux premiers principes de la médecine et de la chirurgie ; MM. les D^{rs} Pozzi, BARTH et ANDRÉ PETIT qui ont dirigé notre stage officiel de la Faculté ; M. le D^r PORACK qui a bien voulu nous recevoir quelques mois en qualité d'externe dans son service d'accouchement de la Charité.

Nous devons un souvenir tout spécial à la mémoire des D^{rs} FERRAND et MARCHAND, ce n'est pas sans émotion que nous rappelons ici les deux années d'externat passées dans leurs services de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Boucicaut.

Nous tenons à manifester tout spécialement notre reconnaissance à M. ROGER qui a bien voulu nous réserver une place dans son service de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers pour notre dernière année d'étude ; nous tenons à le remercier, non seulement pour les précieux

conseils scientifiques qu'il ne nous a jamais marchandés, mais aussi pour la bonté qu'il nous a témoignée en toutes occasions et particulièrement pendant la maladie que nous avons contractée dans son service. Nous sommes heureux de lui dédier notre modeste travail.

Nous avons à cœur de remercier aussi tous ceux qui nous ont aidé dans nos recherches ou qui nous ont fourni d'utiles renseignements : MM. les D^{rs} BARBIER et TOLLEMER, LEMOINE, PROUFF, de Morlaix, QUELMÉ, de le Faou, et MARCHAIX, de Carhaix.

Enfin nous prions Monsieur le P^r DEBOVE qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse de vouloir bien recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

La préoccupation de la plupart des classiques qui traitent de la dysenterie a été de la doter d'un agent pathogène unique. Le rôle a été réclamé successivement pour tel ou tel microbe et l'on a sans doute remarqué les discussions fort intéressantes qui se sont engagées à ce sujet. Nous croyons au contraire qu'il faut diviser la dysenterie en plusieurs variétés dépendant de microbes différents.

Cette opinion ne peut étonner au premier abord si l'on songe que des poisons minéraux peuvent déterminer des accidents intestinaux comparables aux symptômes produits par l'empoisonnement microbien. Il en est ainsi pour l'arsenic, pour l'antimoine surtout qui est capable de produire des entérites cholériformes dont la ressemblance avec le choléra est si frappante que les anciens auteurs avaient créé l'expression choléra stibié pour caractériser la forme de l'empoisonnement produit par cette substance.

De même, les sels de mercure peuvent produire des accidents comparables à ceux de la dysenterie. L'abus des injections de sublimé produit particulièrement une

entérite dysentérique que, en l'absence de commémoratifs, il serait quelquefois très difficile de séparer de certaines formes de dysenterie. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers. C'était justement par erreur de diagnostic que ces malades nous avaient été envoyés, car l'on sait que l'hôpital est strictement réservé aux contagieux. Puisque nous trouvons des poisons minéraux capables de provoquer des accidents de dysenterie, pourquoi ne pas admettre la possibilité pour plusieurs agents pathogènes de produire des dysenteries ou des entérites dysentériques. Nous allons voir du reste que les travaux de ces dernières années nous obligent à admettre plusieurs microbes bien différents les uns des autres et capables de déterminer des variétés assez tranchées de la maladie.

Les auteurs ont en effet rencontré de nombreux microbes dans leurs études sur les selles dysentériques : des protozoaires, de nombreux bacilles et des microcoques. Il est évident que les travaux futurs élargiront la question, mais nous pouvons déjà avec les résultats obtenus imaginer quelques divisions. Nous allons voir que trois microbes ont été particulièrement rencontrés dans les selles dysentériques et que, étant données la multiplicité des examens et la compétence des auteurs, on peut leur accorder à tous trois la valeur d'agents pathogènes capables de déterminer une forme de dysenterie. Ces microbes sont l'amœba-coli, les coli-bacilles et le bacille spécial que M. Roger a découvert et que nous décrivons plus spécialement.

A ces trois agents correspondraient trois modalités cliniques : la dysenterie amibienne, les dysenteries coli-bacillaires et l'entérite dysentériforme.

L'idée de cette classification n'est pas nouvelle :

MM. Hayem et Laveran, dans la séance de la *Société de Biologie* du 4 novembre 1893, étaient déjà d'avis de séparer la variété amibienne des autres variétés et c'est une opinion enseignée par M. Roger que les dysenteries coli-bacillaires diffèrent de celles qui contiennent le bacille qu'il a le premier décrit.

CHAPITRE PREMIER

LA DYSENTERIE AMIBIENNE

C'est Lœsch, de Saint-Petersbourg, qui le premier en 1875 trouva l'amœba-coli dans les selles de dysentériques et qui en fit la première description. Il lui donna le nom qu'il porte aujourd'hui, le décrivit sous la forme d'une masse protoplasmique granuleuse, renfermant plusieurs vacuoles, ayant 20 à 50 μ , mais pouvant aller jusqu'à 60 dans ses mouvements d'extension.

Koch le retrouva un peu plus tard en 1883 dans l'intestin de gens morts de la dysenterie des pays chauds. Mais c'est surtout Kartulis d'Alexandrie qui s'est fait le défenseur de cette idée que l'amibe est l'agent pathogène de la dysenterie et qui publia sur la question les plus remarquables travaux. Dès 1885 il affirmait qu'il n'avait pas rencontré l'amibe dans les autres affections ulcéreuses du gros intestin ; il ne la croyait pas pyogène par elle-même, mais il pensait que la présence du microbe préparait la voie aux agents ordinaires de la suppuration.

Il l'avait rencontré unie aux microbes vulgaires dans le pus de plusieurs abcès du foie compliquant des dysenteries. Cette constatation fut faite à plusieurs reprises

après lui : Oslev (*John Hopkin's Hosp. Bulletin*, mai 1891), Vasse (*Semaine médicale*, 1891), Dock (*medical Record*) retrouvèrent les mêmes amibes dans des cas de dysenterie des pays chauds.

Plus récemment, l'amibe fut retrouvée par de nouveaux auteurs dans des conditions identiques. Nous nous contenterons de citer le travail le plus récent à notre connaissance, celui de M. Marchoux, qui donna à la séance de la *Société de Biologie* du 4 novembre 1899 le résultat de ses recherches. Dans l'épidémie de dysenterie particulièrement sévère qui sévit à Saint-Louis du Sénégal en 1898, M. Marchoux put examiner les selles de 47 malades dont deux succombèrent. Les selles de tous ces malades renfermaient, au milieu de bactéries diverses, de nombreuses amibes pour la plupart chargées de globules rouges.

Malgré de nombreuses recherches les selles des autres malades atteints seulement de diarrhée essentielle ou artificielle ne recèlent aucune amibe.

En administrant par la bouche ou mieux par le rectum un quart ou un demi-centimètre cube de selles dysentériques à des chats, ceux-ci présentent au bout de trois à cinq jours des selles muco-sanguinolentes chargées d'amibes.

Avec les selles de ces chats M. Marchoux déterminait une dysenterie amibienne à de nouveaux sujets et il peut obtenir ce résultat jusqu'au 19^e passage ; mais il ne put arriver à cultiver les amibes, même en cultures impures, elles périssaient rapidement dans les divers milieux où il les ensemait.

Les bactéries aérobies et anaérobies ont été isolées par les procédés ordinaires et injectées sans résultat. De même, les cultures impures au sein desquelles les amibes étaient mortes n'ont pas réussi davantage à provoquer la dysenterie.

Des selles dysentériques chauffées à basse température 45° (c'est-à-dire capable de tuer les amibes en respectant les bactéries) n'amenaient aucun accident, tandis que les tubes témoins maintenus à 28 ou 30° provoquaient une dysenterie typique. M. Marchoux a trouvé fréquemment des abcès du foie chez des chats en expérience, l'examen microscopique à l'état frais d'une parcelle de ces abcès permettait de constater la présence d'amibes mobiles fréquemment bourrées de globules rouges.

Nous pourrions allonger indéfiniment la liste de ces citations, mais nous ne le croyons pas utile étant donné le cadre de notre sujet. Ceux de nos lecteurs, qui voudraient des renseignements plus complets, feront bien de consulter le travail de Kartulis et l'index bibliographique qui le termine : Dysenterie (Ruhr) von Kartulis, Vienne 1896, Alfred Höldev.

En résumé presque tous les auteurs qui ont examiné les selles de dysenterie des pays chauds y ont trouvé des amibes et sont arrivés à reproduire expérimentalement la maladie chez les animaux.

Mais en revanche, l'amibe n'a presque jamais été rencontrée dans les dysenteries de nos pays, aussi les auteurs tendent-ils depuis quelque temps à diviser la dysenterie en deux grandes variétés contrairement aux idées classiques jusqu'ici.

Déjà à la séance de la *Société de Biologie* du 4 novembre 1893, M. Laveran à la suite d'un travail sur les selles dysentériques émettait l'idée de cette division ; nous pouvons dire qu'aujourd'hui, après toutes les recherches bactériologiques, cette classification s'impose. C'est du reste l'avis de tous les maîtres que nous avons consultés et qui se sont occupés de la question. Nous pouvons ajouter que la thérapeutique vient confirmer les résultats de la bactériologie, M. le P^r Hayem fait remarquer que l'acide lactique qui réussit si bien dans la dysenterie de nos pays est complètement inefficace dans la dysenterie des pays chauds et il pense qu'il faut les considérer comme deux maladies voisines mais ne dépendant pas du même agent pathogène (*Société de Biologie*, 4 novembre 1893).

CHAPITRE II

LA DYSENTERIE COLI-BACILLAIRE

Si l'on ne rencontre jamais d'amibes dans les selles des dysentériques de nos pays, on y rencontre en général un grand nombre de bacilles d'espèces variées. Quelques-uns ont été retrouvés à plusieurs reprises comme le pyocyanique ; mais il est un groupe signalé dans les travaux de presque tous les auteurs. Nous voulons parler de ces bacilles si voisins les uns des autres que la science tend aujourd'hui à ranger dans une seule classe : la classe des coli-bacilles. De même que pour la variété amibienne nous ne pouvons rapporter ici tous les travaux, qu'il nous suffise de citer pour l'étranger les études très remarquables de Celli et de Schiga qui sont revenus à plusieurs reprises sur la question. En France, M. Laveran, examinant des selles provenant d'une épidémie de dysenterie, trouva une grande quantité de bacilles, il fit remarquer déjà l'impossibilité de leur différenciation avec le *bacterium coli* commune. D'autres auteurs firent la même remarque, plus récemment M. Roger trouva un coli-bacille extrêmement virulent dans des selles de malades atteints de dysenterie grave. Comme nous possédons, par l'amabilité de M. Quelmé, de Le

Faou (Finistère), le résumé des observations des malades examinés, nous pouvons nous étendre un peu plus longuement et donner, en même temps que l'examen bactériologique, l'aspect clinique de l'épidémie. Cette épidémie qui sévit aux environs de Morlaix fut extrêmement grave, la mortalité fort élevée. Le D^r Prouff, de Morlaix, l'évalue à 50 pour 100 des malades atteints. Des familles entières ont été frappées et souvent une partie de leurs membres a succombé. Il faut dire que l'hygiène des habitants favorisait beaucoup la contagion et que tout ne doit pas être mis sur le compte de la virulence de l'agent pathogène. Chez ces paysans paraît-il, la famille quelquefois très nombreuse se contente d'une seule chambre à coucher de construction rudimentaire avec couchettes superposées, entassées les unes sur les autres. Heureux encore quand la couchette n'est occupée que par un seul individu. Les animaux de la ferme ne sont pas loin, en général le fumier est à la porte. Quant aux soins de propreté corporelle les plus vulgaires, ils sont complètement ignorés. Ce modeste résumé de la situation que nous ont décrite les médecins du pays peut déjà donner une idée approximative de ce que doit être une épidémie dans de telles conditions. Si l'on veut ajouter que les malades, une fois atteints, continuaient la vie commune, avec les bien portants, couchaient dans le même lit et prenaient les mêmes aliments, qu'aucune précaution n'était prise pour éloigner les immondices des centres d'habitations, on arrivera à admettre facilement cette opinion du D^r Prouff que l'eau ne fut *pas toujours* la cause de la contagion. Il vous cite en effet un

exemple assez frappant : sur trois villages, se fournissant d'eau à la même fontaine, deux seulement furent atteints, le troisième resta indemne. Les habitants des deux premiers avaient des relations quotidiennes entre eux, et pour une raison spéciale ne pouvaient rencontrer que difficilement ceux du troisième. Au point de vue de la durée de la période d'incubation, nous pouvons citer ce fait intéressant qui nous est donné par le D^r Marchais, de Carhaix. Une femme habitant un village indemne profita de ses loisirs du dimanche pour rendre visite à des parents malades dans un village éloigné : le dimanche suivant exactement, elle fut prise des symptômes d'une dysenterie typique, les autres habitants du village étant restés indemnes, nous n'avons pas rencontré d'autres cas donnant d'une façon précise la durée de la période d'incubation.

Quant à l'aspect clinique de cette épidémie, on peut s'en faire une idée d'après le résumé des observations de M. Quelmé, que nous donnons à la fin de notre thèse. M. Quelmé, qui doit du reste publier un mémoire spécial sur l'épidémie bretonne de 1899, divise les cas graves et ils le sont presque tous, en deux formes : une forme infectieuse et une forme hypertoxique, les deux formes pouvant se trouver quelquefois confondues (Obs. XIII) ; la première dépendrait de la dissémination du bacille, la seconde de la virulence de la toxine.

La variété infectieuse est caractérisée par la fréquence de ses complications : il semble que le microbe ayant quitté l'intestin vienne se localiser dans certaines parties de l'organisme, la lésion locale évoluant tantôt

vers la guérison sans suppuration (Obs. XIV), tantôt au contraire donnant naissance à une suppuration plus ou moins abondante (Obs. X). Les complications observées sont celles que l'on rencontre en pareils cas arthrites, otites, phlegmons circonscrits, etc.

La forme hypertoxique serait tout à fait caractéristique. Le résumé des observations XVI, XVII, XVIII, XIX et XX, par exemple, peut en donner une idée assez précise. Voici comment les accidents se succèdent généralement. Le malade présente des symptômes généraux quelquefois sérieux, souvent même bénins, à ce point que le médecin ne pense qu'à une dysenterie légère. Les symptômes locaux du côté de l'intestin sont extrêmement peu marqués : quelques selles dysentériques typiques, mais pas de ces grands flux intestinaux que l'on s'attendrait à rencontrer dans une forme aussi grave ; il semble que le bacille ne donne de ce côté qu'une réaction juste suffisante pour bien indiquer sa présence dans l'intestin. Au milieu de ces symptômes en général peu inquiétants se produit une aggravation subite.

La température rectale monte à 40°, les extrémités se refroidissent, les sueurs deviennent profuses, le malade tombe dans le coma et meurt en douze ou vingt-quatre heures sans présenter les symptômes d'une perforation intestinale.

Ces accidents sont quelquefois très rapprochés du début de la maladie. Il faut dire qu'ils se présentent dans des centres où la contagion est secondée par l'incurie des habitants qui semblent vouloir réaliser l'infection expérimentale.

Les morts des observations XVII et XVIII se produisent dans une famille où six personnes sont atteintes. L'enfant de l'observation XIX se trouve dans une maison où il y a cinq autres malades. On peut faire les mêmes constatations pour les observations XX et XXI.

A côté de la mortalité il faut signaler dans ses formes hypertoxiques la fréquence des complications nerveuses : paraplégie, paralysie du voile du palais, etc., qui semblent bien plaider en faveur de l'intoxication admise par M. Quelmé. Un autre ordre de raison en faveur de cette opinion a été fourni par l'examen bactériologique.

M. Roger a pu examiner dans son laboratoire de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers cinq échantillons de selles dysentériques des malades bretons.

A l'examen direct, dans le champ du microscope, les matières examinées montrèrent la présence d'un grand nombre de bacilles.

Pour avoir des résultats plus nets, M. Roger employa la méthode des *inoculations*. Il ensemença du bouillon avec des parcelles de matières dysentériques et, après 24 heures d'étuve, il injecta un centimètre cube de cette culture dans les veines de l'oreille d'un certain nombre de lapins. Les animaux inoculés moururent au bout de 24 ou de 48 heures, quelquefois moins longtemps, après l'injection. Dans le sang et dans les organes, on trouva un coli-bacille qui se développait avec la plus grande facilité dans tous les milieux de culture. Il poussait particulièrement bien dans le bouillon, auquel il communiquait une odeur putride, dans la gélatine qu'il ne liqué-

fait pas, mais qu'il remplissait de petites bulles de gaz. Si l'on se demande maintenant de quel droit faire de ce bacille l'agent pathogène de la forme de dysenterie observée, la preuve semble difficile mais on peut invoquer en faveur de cette opinion de sérieuses raisons.

Tout d'abord, si l'on compare les résultats de l'expérimentation avec les observations cliniques, on peut constater que la virulence des cultures pour les animaux est proportionnelle à la gravité des symptômes observés chez les malades.

Ainsi M. Roger, ayant préparé successivement cinq cultures différentes avec chacun des cinq échantillons qui lui étaient parvenus, inocula après 24 heures d'étuve cinq lapins et voici les résultats qu'il obtint :

Le premier lapin mourut en 6 heures, le malade étant mort au bout de 3 jours (Obs. VIII).

Le second mourut au bout de 20 heures, le malade étant mort au huitième jour (Obs. XI).

Le troisième mourut au bout de 6 heures, le malade étant mort au bout du vingtième jour (Obs. XII).

Le quatrième mourut en quatre jours et demi, le malade étant guéri au vingt-deuxième jour de sa maladie (Obs. IX).

Le cinquième mourut au cinquième jour, le malade étant guéri au quinzième jour (Obs. X).

On voit qu'il y a concordance frappante, et que ces faits sont tout en faveur de l'opinion que nous émettons.

La seconde raison à invoquer est que les toxines produites par ce coli-bacille sont extrêmement actives,

beaucoup plus actives que les toxines obtenues avec le coli-bacille ordinaire.

Pour obtenir la mort d'un lapin avec le coli-bacille ordinaire il faut lui injecter dans les veines 37 à 94 centimètres cubes de culture par kilogramme d'animal (1), tandis qu'avec les cultures du bacille en question il suffit souvent de 2 centimètres cubes. Ce coli-bacille est donc différent du coli-bacille ordinaire.

En préparant des toxines sur les cultures et en les injectant à des lapins, on détermine chez ces animaux une diarrhée extrêmement intense, quelquefois même un écoulement presque continu de matières brunâtres, souvent fétides, qui sont remplacées bientôt par un liquide glaireux, mais rarement sanguinolent. Cette diarrhée commence 15 à 20 minutes après l'injection, atteint bientôt son maximum pour diminuer deux à trois heures après son début. Elle est accompagnée d'une diminution considérable de poids, 150 à 200 grammes en 5 ou 6 heures d'un affaiblissement rapide de l'animal et entraîne sa mort après quelques convulsions. A l'autopsie on trouve simplement une congestion des organes abdominaux : intestins, foie, reins, et quelquefois des petites ecchymoses sur la muqueuse intestinale. Les toxines préparées avec un microbe exalté donnent des accidents généraux plus graves mais ne déterminent que peu ou pas de diarrhée ; ce dernier fait serait tout en faveur de l'existence des dysenteries hypertoxiques dont nous avons parlé plus haut.

(1) Des poisons produits par le bacille intestinal d'Escherich. *Soc. de biol.*, 25 fév. 1893.

Cette forme étant caractérisée par la mortalité élevée des malades, malgré le peu de gravité des accidents intestinaux, et par sa localisation dans des foyers où, étant donné le grand nombre des malades atteints, le microbe semble avoir acquis son maximum de virulence.

Enfin en étudiant l'action de ce coli-bacille sur le foie, M. Roger a pu constater que tandis que le coli-bacille ordinaire ne subissait que peu de modification du fait de son passage à travers cet organe, le coli-bacille de la dysenterie subissait une notable atténuation de ses propriétés toxiques. Ainsi, deux lapins ayant été laparotomisés pour les mettre dans des situations semblables, si l'on injecte l'un par la veine porte et l'autre par une veine de l'oreille, le dernier succombe en moins de 24 heures, tandis que le premier survit 4 jours et demi.

Le foie exerce donc une action très nette sur le coli-bacille de la dysenterie, action qui suffirait à différencier les deux variétés de coli-bacille si l'on ne voulait pas tenir compte des raisons précédemment données.

En résumé l'épidémie si spéciale qui ravagea l'été dernier les environs de Morlaix semble bien déterminée par un coli-bacille, puisque ce coli-bacille se trouve dans le sang et les organes des animaux injectés ; puisqu'il détermine chez les animaux en expérience une diarrhée et des phénomènes généraux comparables aux symptômes observés chez les malades ; enfin, puisque ces phénomènes généraux sont non seulement comparables mais proportionnels aux accidents déterminés chez l'homme. En second lieu ce coli-bacille diffère du

coli-bacille ordinaire par la propriété de ses toxines et sa sensibilité plus grande à l'action du foie.

Nous nous pensons donc autorisé à ajouter ce coli-bacille à la liste de ceux déjà décrits dans la dysenterie et à faire remarquer la forme toute spéciale qu'il a imprimée à l'épidémie.

CHAPITRE III

L'ENTÉRITE DYSENTÉRIFORME

Pendant l'été de l'année dernière, M. Roger faisant des recherches bactériologiques sur l'agent pathogène de la dysenterie découvrit dans les selles des malades un microbe caractéristique qu'il parvint à cultiver et à isoler. Il fit connaître le résultat de ses travaux à la Société de Biologie le 7 octobre 1899 et publia quelque temps après un article très complet dans la *Presse médicale* (3 janvier 1900) d'où nous avons extrait les renseignements qui vont suivre.

Les recherches portèrent sur les selles des sept malades dont nous avons recueilli les observations (Obs. I à VII). M. Roger employa les procédés usités en pareils cas : examens directs, cultures, inoculations.

L'*examen direct* ne lui donna pas des renseignements très précis et il ne pouvait en être autrement : dans aucun cas il ne rencontra d'amibes, par contre le microscope révéla un nombre plus ou moins marqué de microbes, les uns arrondis, les autres allongés. Dans les cas très légers les formes microbiennes étaient fort variées, dans les cas plus graves un type prédominait : c'était un bâtonnet assez gros, rappelant un peu par sa forme et ses

dimensions la bactériodie charbonneuse mais en différant nettement par ses extrémités arrondies. Il mesurait de 5 à 6 μ de long, sur 1,3 à 1,5 μ de large.

Les *cultures* faites avec le mucus ont présenté des caractères analogues : nombreuses variétés microbiennes dans les cas légers, prédominance des formes bacillaires dans les cas plus graves.

L'*inoculation* de bouillon ensemencé avec du mucus intestinal a donné des résultats beaucoup plus précis. Les animaux ont tous succombé le plus souvent en moins de 24 heures après injection par la voie veineuse d'un demi centimètre cube de bouillon.

A l'autopsie on trouve un tympanisme intestinal très marqué, puis des lésions des muscles et de la rate qui rappellent celles du charbon. Les principaux organes, le foie surtout peuvent renfermer des gaz putrides. L'intestin était gonflé par les gaz, il renfermait un liquide diarrhéique et du sang tenant aux ecchymoses que l'on remarquait surtout à la portion terminale du gros intestin. Le sang des vaisseaux est dissous, noirâtre, dans les cas d'emphysème viscéral, il renferme des gaz putrides.

Si l'on fait l'examen microscopique d'une gouttelette de sang ou des imprégnations de foie ou de rate on trouve, après coloration à l'aniline, une quantité variable de bacilles parfois entourés d'une légère capsule d'ailleurs inconstante. Ces bacilles, qui ont une certaine ressemblance avec ceux du charbon, mesurent dans le sang 5 à 6 μ sur 1,3 à 1,5. Dans la rate les dimensions sont un peu plus variables (fig. 1) quelques-uns ne dépassent pas 3 μ , d'autres atteignent 8 μ , la plupart ont les mêmes

dimensions que dans le sang. Ils se différencient de la bactériodie charbonneuse par les caractères suivants : ils sont moins longs et parfois tellement courts qu'on pourrait au premier abord les prendre pour des microcoques, ils se décolorent par la méthode de Gramm, ils sont arrondis à leur extrémité, enfin quelques-uns présentent un étranglement à leur partie moyenne. Chez ceux-là les extrémités sont ovalaires, de sorte que l'aspect est celui

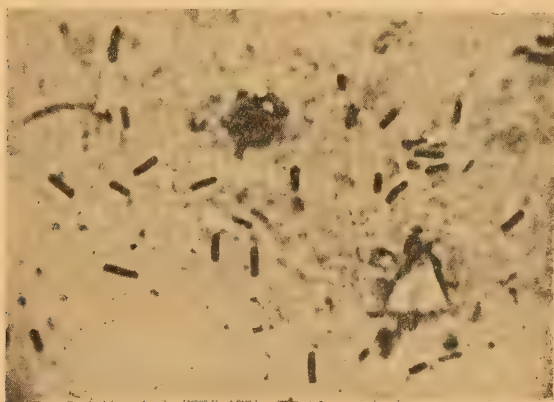


FIG. 1. — Aspect du bacille dans la rate d'un lapin mort 24 heures après une inoculation intraveineuse (ROGER, *Presse médicale*, n° 1, 1900).

d'un double élément lancéolé. Partant de cette dernière forme on comprend facilement les variations morphologiques que je viens de signaler : quand le bacille étranglé en son milieu se divise, chaque partie simule un microcoque ; mais les nouveaux éléments ne tardent pas à s'allonger, à prendre la forme caractéristique, puis, à se diviser de nouveau. Quelques bâtonnets en se développant plus que les autres donnent naissance à de courts

filaments. En pratiquant des ensemencements avec le sang ou les organes on obtient des cultures qui sont pures au bout d'un ou de deux passages sur les animaux.

Les cultures réussissent sur tous les milieux employés en bactériologie (1). Ce bacille est pathogène pour différentes espèces animales, particulièrement pour le lapin. M. Roger a inoculé de 2 à 5 gouttes de cultures



Fig. 2. — Culture dans du bouillon, âgée de cinq heures (ROGER, *loc. cit.*).

pures à 17 lapins par la voie veineuse, tous ces lapins ont succombé : l'un d'eux est mort d'une façon foudroyante, six heures et demie après une injection intraveineuse de cinq gouttes, les autres ont survécu de 24 heures à 13 jours. A l'autopsie on retrouve les lésions que nous avons signalées plus haut.

(1) Pour l'étude des cultures, voir l'article de M. Roger, *Presse méd.*, 3 janvier 1900.

Cette communication ne resta pas sans écho, M. Barbier ayant eu à soigner à l'hôpital Trousseau une épidémie de dysenterie fit avec M. Tollemer des recherches dans le même sens que M. Roger. M. Tollemer fut assez heureux pour retrouver le bacille décrit par notre maître. MM. Barbier et Tollemer se proposent d'ailleurs de publier une étude documentée sur la question. Ils ont bien voulu nous donner d'intéressants renseignements dont nous userons largement au cours de ce chapitre.

A peu près vers la même époque, M. Lemoine, médecin-major de l'armée, trouve à son tour le bacille de Roger. Dans trois cas de dysenterie il le trouva deux fois à l'état de pureté dans les selles des malades. Il a pu constater sa virulence constante en injection intra-péritonéale pour le cobaye, le lapin et le chat. L'ingestion de ces bacilles morts, à des chats, a déterminé chez ces animaux une diarrhée intense et de l'amaigrissement. La mort survint rapidement. On ne constata pas d'ulcération intestinale à l'autopsie (*Société de Biologie*, 28 octobre 1899).

Maintenant si de la bactériologie nous passons à l'étude clinique de ces petites épidémies, nous voyons qu'elles présentent des caractères très spéciaux (Obs. I à VII).

Nous remarquons tout d'abord que la maladie était très nettement contagieuse. Nous avons pu observer personnellement deux familles atteintes : Alice et Jean D., (Obs. II et III) ; Lucie, Alphonse et Ernestine F. (Obs. IV, V, VI) ; de plus l'infirmier du pavillon, où ces malades étaient soignés, fut atteint à son tour et l'on trouva dans des selles le bacille de M. Roger (Obs. VII). M. Lemoine

a observé tous ces cas chez des soldats qui forment un milieu très favorable à la contagion. Quant à M. Barbier, il a très nettement insisté auprès de nous sur le caractère nettement contagieux de l'épidémie qu'il a constaté ; il a reçu comme nous des petites épidémies de famille, mais il a observé un fait beaucoup plus caractéristique. Ne pouvant isoler ses malades aussi rigoureusement que nous, l'épidémie se répandit dans ses salles malgré toutes les précautions prises, et M. Barbier fut quelque temps avant de saisir le mode de propagation. Il comprit bientôt que les thermomètres devaient être seuls incriminés, ils étaient bien trempés dans une solution forte de sublimé, mais celui-ci ne se combine qu'avec la périphérie des particules à désinfecter. Aussi en introduisant à nouveau le thermomètre dans le rectum, les particules peuvent se détacher et se dissoudre dans les liquides de l'intestin, mettant en liberté tous les germes qu'elles renfermaient. Des malades atteints de fièvre typhoïde furent pris ainsi de diarrhée. Ce qui démontre bien la réalité de ce mode de propagation, c'est que M. Barbier ayant fait donner un thermomètre spécial à chaque malade, l'épidémie fut immédiatement enrayée. Mais il eut à soigner ainsi en plus des cas types quelques entérites compliquant des fièvres typhoïdes, ce qui donnera un intérêt tout particulier au travail qu'il se propose de publier.

Le *début* n'est ni brusque, ni bruyant comme dans les dysenteries cholériformes. On ne constate pas ces réveils subits en pleine nuit par des vomissements violents, une nausée intense : nausées et vomissements persistant toute la journée et pouvant durer plusieurs

jours ; ici nous notons bien quelquefois des nausées et des vomissements, mais ils sont peu intenses et ne persistent pas longtemps, le plus souvent au contraire le premier phénomène annonçant la maladie, c'est la diarrhée. Nous avons relevé cette particularité aussi bien dans nos observations que dans celles de M. Barbier ; ainsi nous avons pu constater dans ces dernières, où tous les petits incidents sont notés, que très souvent ni nausées, ni vomissements ne furent remarqués. Particulièrement dans les observations de fièvre typhoïde compliquée d'entérite, où même les quantités d'urine de la période de défervescence sont soigneusement notées, la dysenterie n'est signalée que par l'annonce des selles caractéristiques. Ce début est accompagné quelquefois d'une petite élévation de température qui dépasse rarement 38° et exceptionnellement 39°, dès le lendemain en général le thermomètre revient à 37°.

Dans le cours de la maladie la température oscille autour de 37° sans jamais s'en éloigner beaucoup. Il n'y a donc pas d'hyperthermie ou d'hypothermie bien tranchée, il faut dire cependant que pendant toute la période d'état la température a tendance à se maintenir dans les 10 dixièmes de degré qui précèdent 37° plutôt que dans ceux qui suivent ce chiffre. Cette hypothermie à peine marquée n'a du reste aucune signification au point de vue pronostic, ainsi que l'a démontré M. Roger dans une statistique de dysenterie. D'après cette statistique, au contraire, l'élévation de la température serait particulièrement grave.

Voici les chiffres que donne M. Roger :

Dans 55 cas sans fièvre, aucune mort.
Dans 1 cas avec 35°, aucune mort.
Dans 4 cas avec 36°, une mort.
Dans 31 cas avec 38°, trois morts.
Dans 14 cas avec 39°, une morte.
Dans 10 cas avec 40° et plus, 4 morts.

Dans les observations de M. Barbier il n'y a pas non plus d'oscillations thermiques caractéristiques. Il nous a dit aussi que l'état général se maintenait très bon chez la plupart de ses malades, si bien qu'en ne considérant que l'aspect extérieur et la température de ces dysentériques on serait tenté de les alimenter comme des convalescents. Cependant chez les malades débilités par une maladie antérieure, l'état général peut devenir inquiétant et M. Barbier a deux cas de mort dans sa statistique, mais nous reviendrons sur ce détail. De notre côté nous avons fait les mêmes constatations dans les observations I et VII qui concernent des hommes vigoureux, l'état général n'a jamais été inquiétant, il n'en a pas toujours été de même pour nos autres malades qui étaient des enfants souvent débilités par une maladie antérieure (Obs. II et III).

En résumé la température et l'état général ne dénote le plus souvent rien de bien inquiétant, ce qui fait la caractéristique de la maladie, c'est justement ce peu de réaction de l'organisme étant donnée l'importance des phénomènes locaux du côté de l'intestin.

La *diarrhée*, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, est souvent la première manifestation de la maladie, elle conserve pendant les premières heures l'aspect d'une diarrhée vulgaire mais prend assez rapide-

ment tous les caractères de la dysenterie. Le mucus apparaît dans les selles liquides, il finit bientôt par remplacer les aliments digérés que l'on ne rencontre plus que de temps en temps dans les garde-robes. Des fausses membranes et du sang l'accompagnent bientôt, si bien que les selles prennent l'aspect bien connu et bien souvent décrit sous le nom de *lavure de chair*, *raclure de boyaux*; quand le sang se mélange aux produits expulsés. Ce sang peut garder quelquefois sa teinte et son aspect particuliers, on le rencontre alors sous forme de stries rouge vif ou de petits caillots noirâtres. Nous n'avons jamais remarqué de grosses hémorragies intestinales.

Cette diarrhée est entourée de tout un ensemble de symptômes intéressants.

Elle est tout d'abord extrêmement fréquente, certains malades présentent jusqu'à 20 ou 30 selles dans les 24 heures, et ce chiffre élevé n'empêche pas toujours un état général satisfaisant.

Si l'on examine l'abdomen du malade on ne note rien de bien caractéristique, le ventre est tantôt légèrement ballonné, tantôt un peu déprimé ou bien il conserve son aspect normal.

A la palpation on réveille souvent une douleur très nette, douleur qui se localise aux fosses iliaques ou bien qui délimite très exactement toute la région du côlon.

Les coliques sont la règle, en général, elles sont extrêmement violentes et arrachent des cris au patient, nous avons pu noter plusieurs fois que ces coliques commençaient avant l'expulsion des matières et qu'elles cessaient immédiatement après (Obs. IV et V). Nous avons

remarqué aussi à plusieurs reprises un ténésme très caractéristique et M. Barbier nous a cité à ce sujet un cas fort intéressant. Cet été, pendant que sévissait l'épidémie qui fait l'objet de ce chapitre, on amena dans ses salles deux enfants atteints d'une dysenterie extrêmement grave, l'un de ces deux enfants était une fillette qui présentait ce phénomène extrêmement particulier, c'est que les sphincters étaient non seulement relâchés, mais complètement dilatés, si bien que l'on pouvait examiner l'intérieur de la vulve et du rectum aussi facilement que si l'on avait dilaté ces deux organes avec un spéculum. La maladie se termina par la mort. Nous ne croyons pas devoir ranger ce cas dans le groupe des entérites dysentériques, car nous ne savons pas si l'examen bactériologique a été fait, d'un autre côté, les phénomènes généraux diffèrent trop de ceux que nous avons observés. De notre côté nous nous sommes abstenu de citer les observations nombreuses que nous avons recueillies mais dont l'examen bactériologique n'avait pas été fait.

La durée de la maladie, d'après les cas que nous avons observés, semble être d'une vingtaine de jours, quelquefois plus quelquefois moins. M. Barbier nous a donné aussi ce chiffre comme la durée moyenne des cas qu'il a observés.

Nous n'avons pas eu de mort parmi nos malades. M. Barbier en a eu deux cas, mais nous ne savons si les selles de ces deux malades avaient été examinées au point de vue bactériologique. Sa mortalité serait même encore un peu plus élevée si l'on voulait y faire entrer

les cas de mort par dysenterie compliquant la fièvre typhoïde.

Le traitement que nous avons suivi s'adressait à l'état général et à l'état local.

Chez les enfants, surtout chez ceux qui étaient déjà débilités par une maladie antérieure, la faiblesse était quelquefois assez marquée, l'injection dans le tissu cellulaire de sérum artificiel nous a toujours donné, comme il fallait s'y attendre, de très heureux résultats.

Comme traitement local nous avons essayé un peu toutes les méthodes : méthode brésilienne, lavement de tanin, lavement au permanganate de potasse. Cette dernière méthode préconisée surtout par M. Gastinel, médecin de première classe de la marine, nous a donné de très heureux résultats. Voici en quoi consiste le traitement :

On commence par donner au malade un lavement évacuateur de 500 grammes d'eau bouillie et chaude, dans laquelle, pour mieux détacher le mucus et nettoyer plus complètement l'intestin on dissout 2 grammes de bicarbonate de soude. Après évacuation on donne un second lavement de 500 grammes d'une solution très chaude (45° environ) de permanganate de potasse.

Cette solution doit être au titre de 1 pour 2 000. Ce lavement doit être conservé pendant une ou deux minutes. Le malade doit être maintenu au lit pendant l'heure qui suit l'emploi de la médication.

En résumé, nous n'avons pas recueilli un nombre assez considérable d'observations pour être absolument affirmatif sur ce qu'il faut penser de la petite épidémie

observée à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers. Les renseignements que nous avons pu recueillir sont cependant suffisants pour esquisser déjà les grandes lignes d'une description que l'avenir complétera.

Tout d'abord le nom d'entérite dysentérique nous semble pleinement justifié, c'est en effet du côté de l'intestin que se trouvent localisés les symptômes les plus marquants de la maladie, les phénomènes généraux étant moins caractéristiques, de là le mot entérite.

Mais nous ne pouvons lui refuser le nom de dysentérique, à cause de la ressemblance des accidents intestinaux avec ceux des dysenteries classiques.

La maladie semble assez bien déterminée par la présence d'un bacille spécial dans les selles des malades, bacille qui détermine chez les animaux des accidents caractéristiques.

L'étude de nos observations personnelles, corroborée par les renseignements que nous avons pu recueillir de divers côtés, montre bien aussi qu'au point de vue clinique cette forme doit être différenciée.

Le *diagnostic* doit être fait avec quelques autres maladies.

Nous signalerons, plus particulièrement, l'intoxication mercurielle, la tuberculose de l'intestin et une forme d'entérite muco-membraneuse décrite par Lasègue sous le nom de forme dysentérique.

Dans l'intoxication mercurielle, il est une forme décrite par les auteurs sous le nom d'intoxication subaiguë qui présente de nombreux points de ressemblance avec l'entérite dysentérique. Le diagnostic deviendra même

assez difficile si l'introduction du poison n'a pas lieu par la bouche comme cela se voit dans l'abus des injections de sublimé.

Dans ces cas, le symptôme dominant est souvent une diarrhée muco-sanguinolente accompagnée de coliques violentes. Pour faire le diagnostic il faudra tenir compte des commémoratifs, de l'état de la bouche et rechercher les éruptions si fréquentes dans l'intoxication mercurielle.

Dans la tuberculose de l'intestin, en l'absence d'autres signes de bacillose, l'examen bactériologique rendra de grands services ; on sait en effet que dans ces cas le microscope révèle un nombre considérable de bacilles.

Enfin, dans l'entérite muco-membraneuse, les selles sanglantes ne se montrent en général qu'au bout d'un certain temps, souvent après plusieurs rechutes, la marche chronique de l'affection devra faire abandonner l'idée d'une entérite épidémique.

OBSERVATIONS

I. — Entérite dysentérique.

OBSERVATION I

C..., Paul, 34 ans, fleuriste, entré le 15 août 1899, sorti le 11 septembre 1899.

Dans la nuit du 9 au 10 août, le malade est pris de malaise, de courbature, de fortes coliques sans crampes ni vomissements. En même temps, la diarrhée apparaît avec des selles très fréquentes, sanguinolentes et d'une fétidité repoussante. Le malade y remarque de fausses membranes.

Le 10 et le 11, la diarrhée augmente encore d'intensité. Les selles au nombre de 30 à 40 sont toujours sanglantes, très fétides et accompagnées de coliques qui font souffrir beaucoup le patient.

Le 12 et le 13, le même état continue et le 15 le malade entre dans notre service.

A l'examen, le ventre est plutôt déprimé et douloureux à la pression, surtout au niveau des fosses iliaques. On ne constate pas de gargouillement. La température modérée à 37°,4, la langue saburrale. Cœur normal ainsi que les poumons. Mais les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

Nous relevons comme antécédents personnels une gastro-entérite intense contractée au Tonkin en 1889, avec selles sanglantes nombreuses et suivies de coliques et de vomissements dont il a été complètement guéri dans l'espace d'un mois.

Dans la nuit du 15 au 16, le malade a eu 20 selles semi-liquides, très fétides et sanguinolentes.

La température est normale, mais la langue est toujours char-

gée et la défécation accompagnée de coliques intenses. L'examen bactériologique a montré la présence du bacille décrit par M. Roger.

Le 17 août. — 12 selles sanglantes ; les coliques accompagnent toujours l'évacuation ; les urines continuent à être fortement albumineuses ; la température est normale.

Le 18. — 6 selles sanguinolentes ; les coliques sont devenues moins fortes ; l'albumine a diminué d'une façon très sensible. Toujours pas de fièvre ni de vomissements ni de crampes.

Le 19. — 5 selles diarrhéiques à peine sanglantes, mais fétides et accompagnées de coliques qui ont perdu considérablement de leur intensité. Dans les urines, traces d'albumine.

Le 20. — 5 selles diarrhéiques dans lesquelles on ne voit pas de sang. L'albumine a disparu.

Le 21. — 3 selles diarrhéiques non sanglantes, sans coliques ni vomissements ni crampes. Urines normales.

Le 22. — 4 selles semi-liquides non sanguinolentes. Urines normales. Température normale. État général satisfaisant.

Le 24. — 2 selles non diarrhéiques, l'état général continue à être bon et les urines normales.

Le 27. — 3 selles diarrhéiques, mais sans aucune trace de sang. Il n'y a eu ni vomissements ni coliques ni crampes. L'état général s'améliore de plus en plus.

Le 29. — 2 selles semi-liquides.

1^{er} septembre. — La diarrhée a complètement cessé, l'état général continue à être bon, les urines ne contiennent aucune trace d'albumine.

5 septembre. — Pas de diarrhée, le malade est presque complètement guéri.

Le 9. — État général excellent, pas de diarrhée.

Enfin le 11, le malade quitte le service complètement guéri.

OBSERVATION II

D..., Alice, 3 ans, entrée le 1^{er} août 1899.

Enfant d'assez bonne apparence, venue à terme, élevée au sein jusqu'à 14 mois. Comme antécédents héréditaires, il n'y a rien à noter du côté paternel, mais sa mère a toujours été faible et depuis quelque temps elle tousse et souffre de points de côté fréquents.

L'enfant nous est envoyée comme coqueluche, mais on n'a rien constaté de tel, si ce n'est une légère bronchite avec quelques râles disséminés en arrière et prédominant à gauche. Toux espacée sèche et ne présentant aucun caractère coqueluchoïde.

La bronchite était complètement guérie et l'enfant rétablie au commencement des accidents intestinaux.

Dans la nuit du 22 au 23, il y a eu 10 selles liquides, très fétides, sanguinolentes et accompagnées de nausées et de vomissements. Les coliques sont modérées et précèdent l'évacuation. L'examen bactériologique montre la présence du bacille décrit par M. Roger.

Le 23. — La diarrhée continue avec les mêmes caractères ; les selles sont toujours sanglantes et on y remarque de fausses membranes.

L'enfant est triste, agitée, la température s'élève à 38°,4, le pouls est très rapide ; la langue blanche ; le ventre déprimé sans être douloureux ni spontanément ni à la pression ; il y a du gargouillement dans les fosses iliaques.

Le 25. — 8 selles sanguinolentes, fétides, suivies de vomissements ; les coliques sont plus fortes. La température dépasse 38°.

Le 27. — La diarrhée augmente encore d'intensité, 15 selles dans la journée, sanguinolentes, liquides, d'une fétidité repoussante et contenant des fausses membranes. Les coliques et les vomissements accompagnent l'évacuation et quelquefois la pré-

cèdent. L'agitation a fait place à un état somnolent qui va jusqu'à la prostration. Au moment de la défécation, la petite malade pousse des cris de douleur provoqués par les coliques.

Le 28. — 10 selles contenant toujours du sang et des fausses membranes. Les coliques continuent à être toujours très intenses. Le ventre est très sensible à la pression. L'enfant est toujours somnolente ; la faiblesse très marquée ; le mouvement fébrile continue. Rien d'anormal ni aux poumons ni au cœur.

Le 29. — 15 selles sanguinolentes ; les fausses membranes sont rares et les coliques modérées.

Le 30. — 10 selles sanguinolentes ; les vomissements ont disparu ainsi que les coliques, mais on constate aujourd'hui une grande hyperesthésie de toute la région abdominale, de telle sorte que la plus légère palpation fait beaucoup souffrir l'enfant. Le ventre est toujours souple et déprimé.

Le 31. — 10 selles sanguinolentes sans coliques ni vomissements.

1^{er} septembre. — 15 selles qui contiennent un peu de sang et de fausses membranes.

Le 2. — La diarrhée continue toujours sanglante, mais elle n'est pas accompagnée de coliques. L'état général s'améliore ; l'enfant est plus gaie aujourd'hui et boit mieux son lait.

Le 3. — 5 selles à peine teintées de sang ; pas de fausses membranes ni de coliques ; l'état général s'améliore de plus en plus, mais l'enfant est amaigrie et très faible.

Le 6. — La diarrhée a sensiblement diminué ; 4 selles dans les 24 heures sanguinolentes, sans fausses membranes ni douleurs.

Le 8. — 5 selles diarrhéiques non sanglantes. L'état général de l'enfant est satisfaisant. Le ventre est beaucoup moins sensible et l'enfant demande à manger.

Le 10. — L'état général continue à être bon. Les selles n'ont plus ni sang ni fausses membranes ; elles deviennent solides.

Le 11. — La diarrhée a complètement disparu.

Le 12. — Même état.

Le 13. — L'enfant est complètement guérie de sa diarrhée.

OBSERVATION III

D..., Jean, 4 ans et demi, entré le 1^{er} août 1899, frère de la précédente. Il nous est envoyé comme coqueluche. Chez lui, la toux a un caractère plus net que chez la petite malade précédente.

Il était en voie de guérison quand le 25 août il commence à souffrir de coliques avec vomissements suivis aussitôt d'une diarrhée profuse, fétide et sanguinolente.

Le lendemain 26. — Les selles sont plus fréquentes ; les nausées et les vomissements persistent et on y remarque de fausses membranes. L'examen bactériologique nous montre la présence du bacille dysentérique de M. Roger.

Le 27. — 8 selles sanglantes avec fausses membranes suivies de vomissements et de coliques.

Le 28. — 5 selles sanguinolentes. L'évacuation se fait moins douloureuse et il n'y a pas de vomissements. L'état général est satisfaisant.

Le 29. — 3 selles sanglantes sans coliques ni vomissements. État général satisfaisant ; température normale. Ventre souple, sensible à la pression. On constate du gargouillement à la fosse iliaque gauche.

Le 31. — La diarrhée continue, toujours sanglante, mais sans vomissements ni coliques. Il n'y a pas de fausses membranes.

1^{er} septembre. — 5 selles sanguinolentes accompagnées de coliques et de vomissements ; les selles contiennent des fausses membranes ; l'état général n'est pas très bon. Température normale ; cœur et poumon normaux..

Le 2. — 10 selles sanguinolentes sans coliques ni vomissements. On ne constate pas de fausses membranes aujourd'hui.

Le 3. — 1 selle semi-liquide sanguinolente avec fausses mem-

branes. Les vomissements et les coliques ont cessé ; la température est normale et l'état général s'améliore.

Le 4. — 1 selle non diarrhéique mais sanguinolente.

Le 5. — La diarrhée a cessé ; l'état général continue à être bon et l'enfant se rétablit à vue d'œil.

Le 6. — Même état ; la diarrhée a complètement disparu ; l'état général est très bon.

Le 7. — Toujours pas de selles.

Enfin le 13 *septembre*, l'enfant est guéri de son entérite.

OBSERVATION IV

Fr..., Lucie, 9 ans, entrée le 26 août.

C'est une enfant de 9 ans ne présentant aucun stigmate de rachitisme. Élevée au sein jusqu'à 20 mois ; première dent à 4 mois, a marché à 14 mois.

Dans la nuit du 11 au 12 août, l'enfant se réveille avec un malaise intense suivi de nausées et de vomissements. En même temps une forte diarrhée se déclare avec des selles très liquides, très fétides, d'une couleur jaune gris. Les selles sont accompagnées de coliques intenses qui cessent aussitôt après l'évacuation.

Le 14. — La diarrhée devient sanglante avec fausses membranes.

Un médecin consulté fait le diagnostic de diarrhée cholériforme, soigne l'enfant avec des potions au bismuth et lui pratique par deux fois des injections de sérum artificiel. Cependant la diarrhée persiste, toujours sanglante, profuse, douloureuse. L'enfant maigrit de jour en jour ; elle devient d'une pâleur remarquable et les parents se décident à la faire entrer à l'hôpital.

Aujourd'hui, à son entrée, nous constatons un ventre souple plutôt déprimé et sensible à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Il n'y a pas de gargouillement. Les poumons sont normaux. Au cœur, on perçoit un souffle méso-systolique à la base. Les urines contiennent une assez grande quantité d'albumine.

Dans la nuit du 26 au 27, l'enfant a eu 8 selles sanguinolentes semi-liquides, adhérentes aux parois du vase, fétides et contenant de fausses membranes. Pendant l'évacuation, l'enfant ne fait que pousser des cris de douleur. La température est normale. L'examen bactériologique des selles nous a montré la présence du bacille décrit par M. Roger.

Le 27. — 5 selles sanguinolentes suivies de coliques.

Le 28. — 6 selles toujours sanglantes ; les fausses membranes deviennent plus rares et les coliques modérées. Température presque normale.

Le 29. — 4 selles diarrhéiques ne contenant ni sang ni fausses membranes ; les douleurs ont cessé. L'état général est satisfaisant. La température est normale ; les urines ne contiennent aucune trace d'albumine.

Le 30. — L'état général de la petite malade continue à être bon. Il n'y a eu aujourd'hui que deux selles diarrhéiques, mais sans coliques ni fausses membranes ni sang.

Le 31. — 3 selles diarrhéiques non sanguinolentes, sans coliques.

1^{er} septembre. — 2 selles presque solides, ne contenant aucune trace de sang ni de fausses membranes.

État général bon.

Le 2. — Plus de selles.

Le 3. — La diarrhée a cessé.

Le 4. — Même état.

Le 8. — L'enfant est complètement guérie.

OBSERVATION V

Fr..., Alphonse, 7 ans, entré le 26 août.

La maladie a débuté le 24 août par du malaise, des nausées et des vomissements suivis d'une diarrhée intense sanguinolente.

Le 25 la diarrhée augmente de fréquence ; les selles sont sanglantes accompagnées de coliques et contenant de fausses membranes.

Le 26 août l'enfant est emmené dans notre service. A l'examen nous constatons un ventre douloureux à la pression mais assez souple. Il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Les organes sont normaux et l'urine ne contient aucune trace d'albumine.

Température à 37°,4.

Dans la nuit du 26 au 27 l'enfant a eu 15 selles sanglantes ; les coliques précédaient la déjection et cessaient aussitôt après celle-ci. Nous y avons remarqué beaucoup de fausses membranes.

L'examen bactériologique de ces selles nous a montré la présence du bacille décrit par M. Roger.

Le 28 — 10 selles sanguinolentes et contenant de fausses membranes. Les coliques sont moins intenses aujourd'hui.

Le 29. — 15 selles avec du sang et de fausses membranes ; les coliques persistent toujours.

La température oscille entre 37° et 37,8.

Le 30. — 3 selles sanguinolentes. Les coliques ont cessé et l'on n'y voit plus de fausses membranes.

Le 1^{er} septembre. — 15 selles sanglantes avec de fausses membranes et accompagnées de coliques intenses qui font beaucoup souffrir l'enfant.

Toujours pas de température mais l'enfant est affaibli et maigre.

Le 2 septembre. — 17 selles sanglantes glaireuses adhérentes aux parois avec quelques fausses membranes. Les coliques accompagnent toujours l'évacuation. Température normale.

Le 3. — 8 selles sanguinolentes avec les mêmes caractères.

Le 4. — 12 selles qui contiennent un peu de sang mais pas de fausses membranes. Les coliques sont modérées.

Le 5. — 4 selles diarrhéiques avec trace de sang ; l'enfant est plus gai aujourd'hui. L'état général commence à s'améliorer.

Le 6. — 5 selles à peine teintées de sang ; les coliques ont cessé ; l'état général s'améliore.

Le 8. — 4 selles diarrhéiques ne contenant pas de sang sans coliques. État général satisfaisant.

Le 10. — 6 selles avec traces de sang mais sans coliques ni fausses membranes.

Le 14. — La diarrhée persiste toujours quoique non sanguinolente.

Le 16. — 4 selles verdâtres ne contenant ni sang ni fausses membranes. État général satisfaisant.

Le 18. — 3 selles diarrhéiques non sanguinolentes. État général bon.

Le 19. — Cessation de la diarrhée.

Le 20. — Il n'y a pas eu de selles.

Le 21. — Même état.

Le 24. — L'enfant est guéri de sa diarrhée.

OBSERVATION VI

Fr..., Ernestine, 3 ans, entrée le 26 août.

Enfant de belle apparence sans stigmates de rachitisme, élevée au sein jusqu'à 20 mois.

L'entérite a débuté le 25 août par de la céphalée, des nausées et des vomissements.

En même temps des coliques intenses accompagnées de selles très fréquentes, très fétides et d'une couleur grisâtre.

Dans la nuit du 25 au 26 l'enfant a eu, au dire de la mère, jusqu'à 30 selles.

Le 26. — La diarrhée devient encore plus intense, si possible ; les coliques sont toujours fortes et les selles contiennent du sang et des fausses membranes. L'enfant est transportée à l'hôpital.

A son entrée le ventre est normal ; à peine est-il sensible au niveau des fosses iliaques et ne présente pas de gargouillement.

La température est élevée à 39°. La langue légèrement saburrale ; l'enfant est agitée. Cependant nous ne constatons rien d'appréciable ni au cœur ni aux poumons. Urines légèrement albumineuses.

Dans la nuit du 26 au 27 la petite malade a eu 20 selles sanglantes accompagnées de vomissements et de coliques. L'examen bactériologique a montré la présence du bacille décrit par M. Roger.

Le 27. — 15 selles sanglantes contenant de fausses membranes. L'enfant souffre toujours des coliques qui précèdent environ de dix minutes l'évacuation et cessent aussitôt celle-ci finie ; la température est au-dessus de 38° et les urines contiennent une assez grande quantité d'albumine.

Le 28. — 12 selles dans les vingt-quatre heures contenant du sang et des fausses membranes et exhalant une odeur nauséabonde.

Le 29. — Les selles d'aujourd'hui sont moins rouges, les coliques modérées; fausses membranes.

Le 30. — 6 selles dans les 24 heures avec traces de sang et des coliques modérées; la température au-dessous de la normale à 36°, 6. L'état général satisfaisant.

Le 31. — 8 selles toujours sanguinolentes sans fausses membranes; les coliques persistent.

Le 1^{er} septembre. — 8 selles dans les 24 heures; les six diarrhéiques non sanguinolentes; les deux dernières contenant du sang et des fausses membranes. Éruption intense d'acné sur la face, les bras et la paroi antérieure du thorax.

Le 2. — 10 selles diarrhéiques non sanglantes d'une couleur grisâtre et ne contenant pas de fausses membranes. L'état général de l'enfant s'améliore de jour en jour.

Elle est plus gaie que les jours précédents.

Le 3. — 6 selles non sanglantes sans coliques.

Le 4. — La diarrhée a considérablement diminué; 2 selles diarrhéiques sans coliques ni fausses membranes. L'état général est très bon.

Le 5. — Pas de selles.

Le 7. — Cessation de la diarrhée. État général excellent.

Le 8. — Toujours il n'y a pas de selles, l'enfant est complètement guérie de sa diarrhée.

OBSERVATION VII

Ez..., François, 25 ans, infirmier. Entré le 4 septembre 1899, sorti le 23 septembre 1899.

Le 2 septembre le malade se sent courbaturé, mal à l'aise. Vers la soirée il a de fortes coliques accompagnées d'une diarrhée intense, fétide, non sanguinolente.

Le 3. — Les selles augmentent de fréquence ; suivies de coliques et contenant un peu de sang ; les crampes font absolument défaut. — Le malade est obligé de quitter son travail.

Aujourd'hui 4, à l'examen nous trouvons le ventre un peu tendu mais nullement douloureux ni spontanément, ni à la pression.

Pas de gargouillement au niveau des fosses iliaques.

Les organes sont normaux ; Température à 37°. Urines non albumineuses ; Langue un peu blanche.

La soif est modérée.

Dans la nuit du 4 au 5, 11 selles glaireuses, sanguinolentes, accompagnées de ténésme acco-rectal et contenant de fausses membranes.

L'examen bactériologique nous a révélé la présence du bacille décrit par M. Roger.

Le 6. — 20 selles diarrhéiques sanglantes avec fausses membranes. Le patient n'éprouve ni douleurs ni crampes.

Le 7. — 7 selles sanguinolentes, sans coliques ni crampes ; la température ne dépasse pas 37°,4 et l'état général n'est nullement atteint.

Le 8. — 17 selles avec les mêmes caractères que précédemment.

Le 9. — La diarrhée a sensiblement perdu de son intensité ;

5 selles dans les vingt-quatre heures mais toujours sanglantes, glaireuses et contenant de fausses membranes.

Le 11. — 3 selles sanguinolentes ; mais le sang a beaucoup diminué et les fausses membranes sont devenues plus rares. L'évacuation se fait sans coliques ni crampes ; l'état général continue à être satisfaisant et la température normale.

Le 12. — 2 selles dans les vingt-quatre heures sanguinolentes et glaireuses sans coliques ni crampes ; état général bon.

Le 15. — La diarrhée a beaucoup diminué ; 2 selles dans les 24 heures, semi-liquides à peine teintées de sang.

Le 17. — 3 selles semi-liquides avec quelques fausses membranes mais ne contenant aucune trace de sang.

Le 19. — Plus de selle.

Le 20. — Même état.

Le 21. — Toujours absence de selles diarrhéiques sanguinolentes.

Le 22. — Pas de diarrhée. État général excellent.

Enfin le 23 septembre, le malade quitte l'hôpital guéri de l'entérite dysentérique.

II. — Dysenterie coli-bacillaire.

Observations communiquées par M. le D^r Quelmé de Le Faon
(Finistère).

OBSERVATION VIII

Mort. — Cette observation concerne un garçon de 15 ans mort au bout de 3 jours.

Le médecin, appelé le lendemain au début de la dysenterie, trouve déjà des selles sanguinolentes. Le ventre n'est pas douloureux ; il n'y a que très peu de fièvre, l'état général est satisfaisant. Tout semble indiquer une dysenterie bénigne.

Dès le lendemain il se produit une aggravation subite qui devient tout de suite extrêmement inquiétante ; le malade tombe dans un état typhoïde et meurt au bout du troisième jour sans avoir eu plus de 8 selles par jour.

L'examen bactériologique des selles fait par M. Roger montre un coli-bacille extrêmement virulent.

OBSERVATION IX

Guérison. — C'est un jeune homme de 19 ans qui guérit au bout de 20 jours. Ce fut un des cas les plus heureux du D^r Quelmé. — La diarrhée fut très légère, le malade pouvait se lever au bout du douzième jour ; la guérison était complète au bout du vingtième.

L'examen bactériologique des selles démontre la présence d'un coli-bacille.

OBSERVATION X

Guérison. — Cette observation concerne un garçon de 15 ans qui fut atteint d'une dysenterie légère, étant donné le milieu épidémique.

Les selles ne furent pas très abondantes et durèrent une quinzaine de jours. La convalescence fut rapide malgré l'apparition d'un accès de la paroi abdominale dans la région de l'ombilic, abcès qui s'est terminé rapidement par la guérison.

L'examen du pus fut impossible mais dans les matières M. Roger trouva le coli-bacille.

OBSERVATION XI

Mort. — Jeune homme vigoureux, âgé de 22 ans, est pris subitement d'une diarrhée qui ne présente rien de spécial.

La diarrhée continue légère avec état général très satisfaisant pendant cinq jours. — Le sixième jour il se produit une aggravation subite ; le malade prend l'aspect d'un typhoïdique avec délire. — La température rectale atteint 40°. Le pouls devient extrêmement rapide ; il y a relâchement de tous les sphinctères et le malade meurt le huitième jour.

L'examen fait par M. Roger montre un bacille extrêmement virulent.

OBSERVATION XII

Mort. — Il s'agit d'une femme de 40 ans qui est de constitution vigoureuse et n'a jamais été malade.

La dysenterie s'annonce très grave dès le début ; l'intolérance stomacale est absolue, la malade accuse en même temps une salivation abondante avec gonflement du ganglion sous-maxillaire du côté gauche. Dès le début les selles sont muqueuses et deviennent bientôt sanguinolentes. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. —

Pendant les vingt premiers jours la malade se maintenait dans un état relativement satisfaisant, vers la fin de cette période on pouvait même constater un mieux manifeste quand au vingtième jour il se produit une aggravation subite ; la malade tombe dans un état comateux avec une température rectale atteignant 40°. — Des convulsions, fréquentes surviennent et bientôt la malade meurt au bout du vingt-deuxième jour de sa maladie.

L'examen bactériologique révèle la présence d'un coli-bacille très virulent.

OBSERVATION XIII

Guérison. — Il s'agit d'un homme vigoureux âgé de 40 ans sans antécédents personnels ni héréditaires. La dysenterie fut grave dès le début. — Pendant trois semaines il eut des selles sanglantes avec épreintes continues et coliques violentes. — Pendant douze jours la température rectale oscilla entre 39°,2 et 40°.

Au bout d'un mois à peu près la diarrhée étant à peu près terminée il est pris de parotidite du côté gauche, d'une paralysie du voile du palais qui lui fait rejeter tous les aliments par le nez, et d'une paraplégie des membres inférieurs. Quatre mois après le début, fin de l'été dernier, le malade commençait à peine à marcher. Actuellement il est complètement guéri.

OBSERVATION XIV

Guérison. — Homme vigoureux, 20 ans, soldat en congé et venant d'un régiment indemne de dysenterie.

La diarrhée dura vingt jours, les selles furent muqueuses d'abord puis muco-sanguinolentes. Il fut atteint de nombreuses complications.

Une parotidite double.

Arthrite du poignet droit.

Arthrite du ... gauche, aucune complication ne donna de suppuration.

La convalescence fut longue et pénible ; la guérison complète ne survint qu'au bout de deux mois.

OBSERVATION XV

Guérison. — Jeune fille de 19 ans. — Dysenterie grave. Comme complications : rhumatisme articulaire.

La convalescence fut très longue. La guérison complète se fit attendre trois mois.

OBSERVATION XVI

Mort. — Femme de 29 ans, enceinte de trois mois.

Dysenterie très grave. — La température rectale prise le soir donna 41°,2 avec algidité complète des membres supérieurs et inférieurs. — Délire et agitation très marqués.

Malgré ces symptômes la malade n'avait pas plus de 10 selles en 24 heures et n'avait ni coliques ni vomissements.

Mort au bout de 4 jours.

OBSERVATION XVIII

Mort. — Garçon de 17 ans vivant au milieu d'une famille de six malades.

Dès le début les vomissements sont fréquents et le hoquet continu. Mais peu de selles, peu de douleurs et peu de fièvre.

Mort au bout de six jours sans changement dans son état.

OBSERVATION XVII

Mort. — Fillette de 10 ans, sœur du précédent. Malade cinq jours seulement et meurt avec des symptômes aussi peu dysenté-

riques que son frère. — Ni vomissements, ni hoquet ; quelques selles sanguinolentes.

OBSERVATION XIX

Mort. — Fillette de 7 ans.

Se trouve dans une maison où il y a cinq autres malades. — Peu de fièvre, peu de douleurs, peu de coliques,

Elle meurt au bout de trois jours, alors que le D^r Quelmé croyait la voir guérir, étant donné le peu d'intensité des symptômes qu'elle présentait au point de vue dysentérique.

OBSERVATION XX

Mort. — Jeune fille de 17 ans, qui se trouvait en plein foyer.

Elle ressent quelques douleurs intestinales, il se déclare une diarrhée légère composée de quelques selles muqueuses.

Morte au bout de trois jours sans même avoir présenté de selles sanguinolentes et sans symptôme capable de frapper l'attention de son entourage.

OBSERVATION XXI

Mort. — Garçon de 11 ans. Il habitait une maison occupée par trois autres malades.

Mort au bout de quatre jours avec une forme de dysenterie qui paraissait devoir être très bénigne.

OBSERVATION XXII

Guérison. — Femme de 45 ans nourrice d'un enfant de 5 mois.

La dysenterie est grave dès le début.

Pendant 4 jours intolérance stomacale absolue.

La température rectale oscille autour de 39° pendant trois semaines.

La malade a compté jusqu'à 40 selles sanguinolentes dans les 24 heures.

L'état général a été extrêmement inquiétant pendant six semaines.

La constitution robuste de la malade a pu résister à la diarrhée.

Après 5 mois de maladie elle se lève à peine pour faire son lit. Elle a encore 4 à 5 selles dans les 24 heures.

L'appétit n'est pas revenu, la malade ne peut prendre que du lait.

L'amaigrissement est devenu considérable.

CONCLUSIONS

I. — Nous sommes donc conduit à penser que de même qu'il existe un choléra et des dysenteries cholériformes, de même on peut admettre une dysenterie et des entérites dysentériques. Le rapprochement nous paraît d'autant plus juste que des substances toxiques peuvent, aussi bien que les agents microbiens donner naissance à des manifestations intestinales rappelant les symptômes de ces deux formes cliniques. Il nous suffira de citer l'action de l'arsenic et de l'antimoine provoquant des accidents cholériformes, l'action des sels de mercure amenant des manifestations analogues à celles de la dysenterie.

II. — Pour nous borner à l'étude de la dysenterie nous nous croyons autorisé par les travaux contemporains à admettre tout d'abord une forme spéciale dépendant, au point de vue étiologique, de l'amœba-coli-protazoaire dont nous devons la connaissance à Lœsch et à Kartulis. Ce type clinique s'observe surtout dans les pays tropicaux.

III. — Dans les observations recueillies en Europe, on n'a pas rencontré d'amibes, il faut donc considérer la dysenterie de nos pays comme un type différent au point de vue étiologique. En nous appuyant sur les nombreuses recherches qu'a suscitées l'étude de la question nous sommes porté à considérer la dysenterie de nos pays comme relevant d'un bacille rentrant dans le groupe des coli-bacilles. Nous pourrions donner à ces dysenteries le nom de *dysenteries coli-bacillaires*, en l'opposant à celles du groupe précédent qui prendraient le nom de *dysenteries amibiennes*.

IV. — Les observations qui nous sont communiquées par plusieurs médecins de Bretagne permettent de saisir quelques caractères cliniques de la dysenterie coli-bacillaire et en même temps établissent sa gravité ; la mortalité ayant atteint dans certains centres le chiffre énorme de 50 pour 100. L'étude des symptômes, montrant le désaccord entre la bénignité des manifestations intestinales et l'extrême gravité des symptômes généraux, nous conduit à supposer que l'agent pathogène peut donner naissance dans l'intestin à des substances extrêmement toxiques. L'expérimentation précise et confirme cette donnée clinique : la toxine produite par le coli-bacille dysentérique peut être tellement active qu'il suffit d'une injection de 10 gouttes pour amener la mort d'un lapin de deux kilogrammes : tandis qu'avec le coli-bacille ordinaire il faut injecter une dose 100 ou 150 fois plus considérable.

V. — Cependant il ne faut pas considérer toutes les dysenteries de nos pays comme rentrant dans le même type clinique : nous avons recueilli à Aubervilliers un certain nombre d'observations remarquables par leur évolution bénigne. L'analyse clinique permet de différencier cette infection particulière à laquelle nous donnerons le nom d'entérite dysentérique. — La bactériologie confirme la distinction en montrant la présence dans l'intestin d'un bacille particulier, très virulent pour les animaux. — Ce bacille, qui a été trouvé dans des cas analogues par plusieurs observateurs, provoque chez les animaux mis en expérience des accidents diarrhéiques, et produit dans certains cas des ulcérations localisées au gros intestin. La possibilité de déterminer chez les animaux une infection analogue à celle que l'on rencontre chez l'homme semble bien établir la spécificité de cet agent pathogène.

En résumé : nous croyons qu'on peut actuellement admettre, en laissant de côté les entérites dysentériques d'origine toxique, trois grandes variétés :

- 1° Une *variété amibienne* spéciale aux pays tropicaux ;
- 2° Une *dysenterie coli-bacillaire* que l'on observe plutôt dans nos pays ;
- 3° Une *entérite dysentérique* que la bactériologie est parvenue à individualiser.

VU :

Par le Président de Thèse,
M. DEBOVE.

VU :

Par le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

MAINGUY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNAUD. — Recherches sur l'étiologie de la dysenterie des pays chauds. *Annales de l'Inst. Pasteur*, 1894.
- BABÈS. — Étude sur l'entérohépatite suppurée endémique. *Ann. de l'Inst. de Path. et de Bact. de Bukharest*, 1895.
- BERTRAND et BAUCHER. — Nouvelle étude de la dysenterie des selles dans les dysenteries nostras. *Gazette hebdomadaire*, 6 octobre 1893.
- — — — — Note sur la bactériologie des selles dans la dysenterie chronique des pays chauds. *Gazette hebdomadaire*, avril 1894.
- CALMETTE. — Étude expérimentale de la dysenterie ou entérocolite endémique d'Extrême-Orient. *Archives de méd. navale*, novembre 1893.
- CELLI. — *Annalo d'hyg. sperimentale*, 1896, vol. VI.
- CHANTEMESSE et WIDAL. — *Académie de médecine*, 1888.
- DOCK. — *Medical Record*, 1891.
- GASSER. — Notes sur les causes de la dysenterie. *Archives de méd. expérimentale*, t. VIII, 1895.
- KARTULIS. — *Dysenterie von Kartulis*. Vienne, 1896.
- KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds.
- KELSCH. — Traité des maladies épidémiques.
- LAVERAN. — *Société de biol.*, séance du 4 novembre 1893.
- LEMOINE. — *Société de biol.*, 28 octobre 1899.

MARCHOUX. — *Société de biol.*, 4 novembre 1899.

OSLER. — *John Hopkin's Hosp. Bulletin*, mai 1890.

PEYROT et ROGER. — Sur un cas d'abcès dysentérique du foie ne contenant pas d'amibes. *Revue de chirurgie*, 1897, février, p. 89.

ROGER. — Communication à la *Société de biologie*.

— *Presse médicale* du 3 janvier 1900.

VANC. — *Semaine médicale*, 1891.

ESCHERICH. — Beitræge zur Kenntniss des Bacterium coli. XVII^e Congrès de médecine interne, 1899.

A.-J. LARTIGAU. — A contribution to the study of the pathogenesis of the bacillus pyocyaneus, with special reference to its relation to an epidemic of dysentery. *Journal of experim. medicin.*, 1898, n° 6.

SCHIGA! — *Centralbl. für Bakt.*, 1898, t. XXIV.



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.